Z kliniki lekarskiéj Prof. Dra Korczyńskiego

W KRAKOWIE

TRZY PRZYPADKI NASTĘPSTW
OGRANICZONEGO PRZEWŁOCZNEGO ZAPALENIA
otrzewny i tkanki podotrzewnowej

podał

Dr Stanisław Smoleński.

Przypadki, które poniżéj opisać zamierzam, zasługują z tego względu na uwagę, że w każdym z nich na téj saméj podstawie anatomicznéj rozwinęły się bardzo różnorodne następstwa, wynikające jedynie z różnego usadowienia sprawy zapalnéj w otrzewny i tkance podotrzewnowéj a tém samém wywołały bardzo odmienne obrazy chorobowe.

Zapalenia przewłoczne otrzewny, ograniczone do pewnego tylko miejsca, przebiegają za życia albo bez żadnych prawie objawów chorobowych, należą więc częstokroć do zboczeń tylko przypadkowo badaniem pośmiertném stwierdzanych, — albo też sprawiają tak niewyraźne i złudne objawy, że rzadko na pewno za życia rozpoznać się dają. O ile jednak przewłoczne ograniczone zapalenie otrzewny samo przez się budzi bardzo mało zajęcia klinicz-

nego, o tyle następstwa przez nie wywoływane mogą dla zdrowia i życia chorego być niesłychanéj wagi, a dla lekarza, tak co do trudności rozpoznawczych, jak i bardzo zmiennego obrazu klinicznego, wielkie przedstawia zajęcie. Wytwory zapalne (pasma włókniste, błony wrzekome, modzelowate pokłady łącznotkankowe na otrzewny i pod otrzewną i t. p.), mogą bowiem mechanicznie stawać na zawadzie bardzo ważnym czynnościom ustroju, mogą przez zrosty narządów, zmiany w ich położeniu i postaci i t. p. wywołać niebezpieczne dla życia chorego przypady, sprowadzić charłactwo i śmierć.

Najczęściéj ograniczone zapalenie otrzewny i tkanki podotrzewnowéj napotykamy w jamie miednicy, na częściach płciowych niewieścich, około macicy, jajników, trąbek. Również dość często zdarzają się także zmiany przewłoczne zapalne w sąsiedztwie jelita ślepego i wyrostka robaczkowego, w torebkach surowiczych wątroby, śledziony, nérek i t. d.

Rzadziéj daleko zdarza się przewłoczne zapalenie otrzewny i tkanki podotrzewnowéj w okolicy pozażołądkowéj i okolicy wnęki wątroby. W ogóle na zmiany zapalne w tém miejscu pojawiające się za mało dotąd zwracano uwagi; a przecież jestto okolica mieszcząca w sobie liczne bardzo narządy, których zakłócenie czynności może się stać dla chorego zgubném. Czyż upośledzona czynność trzustki skutkiem niedrożności przewodu trzustkowego, wątroby, skutkiem zatkania tętnicy wątrobowéj lub żyły wrotnéj tudzież skutkiem uciśnięcia przewodów żółciowych nie musi bardzo niepomyślnych dla ustroju pociągnąć za sobą skutków.

Przypadki nasze bardzo dobrze mogą wyjaśnić ważność przewłocznego zapalenia otrzewny w téj okolicy. W jednym z nich, w następstwie zapalenia tkanki łącznéj około żyły wrotnéj, rozwinęła się sprawa zapalna w ścianach téjże żyły i jéj niedrożność, w drugim, na téj saméj podstawie, zupełne zaciśnięcie przewodu wątrobowego,

w ostatnim nareszcie, skutkiem zapalenia rozszerzającego się z żołądka na tkaniny sąsiednie, powstały bardzo znaczne zboczenia w trawieniu.

Przypadek I. Przewłoczne zapalenie (miażdżyca) żyły wrotnéj i jéj niedrożność skutkiem zapalenia otaczającéj tkanki łącznéj.

Józef Brenner z Chrzanowa, lat 67 liczący, tandeciarz, ani chorób ani przyczyny śmierci rodziców podać nie umie. Żonę i pięcioro dzieci stracił na cholerę w r. 1873; pozostały syn ma być zdrowym, jednakże budowy wątłéj. Chory twierdzi, że od dziecięctwa nigdy zupełném nie cieszył się zdrowiem. Między innémi przebywał za młodu zimnicę, po któréj miał pozostać w podżebrzu lewém obrzęk twardy, który aż do wystąpienia obecnéj choroby dawał się łatwo wymacać. Prócz tego przebył dur brzuszny, w r. 1855 cholerę, późniéj czerwonkę. Przed 20 laty po przeziębieniu się doznawał kłucia w boku lewym, gorączkował, kaszlał i odkrztuszał plwociną krwawą przez 2 miesiące. Do téj choroby odnosi zaklęśnięcie klatki piersiowéj po stronie prawéj i skrzywienie stosu pacierzowego. W r. 1871 od 17 lipca do 20 sierpnia leczony był w szpitalu izraelickim w Krakowie z powodu bólów w boku prawym, na którym z téj przyczyny od dwóch tygodni wcale leżéć nie mógł, a w skutek osłabienia przez ten czas łóżka nie opuszczał. Z historyi choroby, udzielonéj uprzejmie przez Prof. Dra Oettingera, wyjmujemy najważniejsze szczegóły. Odżywienie chorego było bardzo upośledzone, cera zwiędła, ziemista, zapadnięcie klatki piersiowéj po stronie prawéj towarzyszyło wygięciu stosu pacierzowego, stopy były ciastowato obrzękłe, brzuch skutkiem nagromadzenia się płynu wolnego mocno wydęty, zaś w podżebrzu prawém, gdzie chory uskarżał się na bóle, badanie przedmiotowe nie wykazywało żadnych zmian. Po kilkutygodniowym pobycie w szpitalu puchlina brzuszna zmalała i wtedy to dopiero

wymacać się dał na 3 ctm. niżéj łuku żebrowego lewego twardy brzeg śledziony, a na 4 ctm. niżéj łuku żebrowego prawego brzeg wątroby gładki, cienki i miernie twardy. W dalszym ciągu obserwacyi szpitalnéj obrzęki te zmalały a chory w stanie dość dobrym opuścił szpital. Dopiero mniéj więcéj w 5 lat potém zauważył powolne powiększanie się brzucha; w rok późniéj spostrzegł po raz pierwszy krew w stolcach, co się następnie częściéj powtarzać miało.

W dniu 28 stycznia 1878 r. został przyjęty do kliniki tutejszéj a b a d a n i e, nazajutrz przedsięwzięte, wykazało w streszczeniu co następuje:

Mężczyzna wzrostu słusznego, budowy kośćca wątłéj. Skóra ziemisto-blado-żółtawa, wiotka, łuszcząca się (*pityriasis tabescentium*); tkanka podskórna zanikła, na odnogach dolnych surowiczo obrzękła, ciastowata. Wychudnienie ogólne znaczne, co widać najwybitniéj na twarzy. Osłabienie bardzo znacznego stopnia. Błona śluzowa warg i dziąseł blada, nie przybiera za uciskiem żółtawego odcienia. Spojówki blade. Błona śluzowa języka w fałdy poukładana. Szyja długa, cienka, chuda; dołek nadmostkowy i dołki nadobojczykowe głębokie, piérwszy zapada się podczas wdechu. Mięśnie mostko-obojczyko-sutkowe przerosłe. Klatka piersiowa prawidłowéj długości, w częściach bocznych i dolnych dzwonkowato wysklepiona, wogóle płaska. Lewa jéj połowa, tak z przodu i w częściach bocznych, jakotéż i z tyłu, spłaszczona, okazuje mniejszą objętość i mniéj się porusza. Stos pacierzowy mocno ku stronie prawéj wygięty; łopatka lewa wraz z barkiem i obojczykiem obniżona, a brzeg jéj wewnątrz pionowo ustawiony. Wypuk nie wykazuje nic nieprawidłowego, a przysłuch w dolnych tylnych częściach mierne objawy nieżytu. Kaszel mierny, plwociny skąpe, śluzowo-ropne. Wartość spirometryczna 1100, wartość pneumatometryczna + 24, — 12.

Badanie serca nie stwierdza nic nieprawidłowego z wyjątkiem zaostrzenia drugiego tonu nad tętnicą płucną. Tętno 76, miękkie; tętnice sprychowe nieco wężykowato

pokręcone; ciepłota 37.2° C. Badanie ilościowe krwi sposobem Malasseza wykazuje w 1 mm. sześc. 2.593,800 ciałek krwi; stosunek białych do czerwonych 1 : 524; ciałka czerwone układają się należycie w ruloniki; wymiary ciałek czerwonych 4 μ, białych 4—5 μ.

Brzuch znacznie wysklepiony, łuki żebrowe wystają, nadając klatce piersiowéj kształt w dolnéj części dzwonkowaty; skóra na brzuchu napięta, sprężysta, w fałd niewielki ująć się dająca. Żyła nabrzuszna górna prawa prześwieca wyraźnie przez skórę; od pępka jednak nie wychodzą ku obwodowi żyły, któreby tworzyły t. z. głowę Meduzy. Sprężystość brzucha powyżéj pępka większa niż poniżéj. Mięśnie brzuszne proste rozsunięte. Obmacywanie powierzchowne i głębsze brzucha nie wykazuje nigdzie jakiegokolwiek obrzęku ani bolesności, tylko w okolicy podżebrza lewego za głębokim uciskiem chory skarży się na ból tępy, niezbyt dotkliwy, a przy szybkiém wciskaniu końcami palców czuć w tém miejscu ballotowanie obrzęku twardego, który położeniem odpowiada powiększonéj śledzionie. Brzuch wydęty jest płynem, który wyraźnie chełbocze i stłumia odgłos wypukowy w częściach bocznych i dolnych, począwszy na dwa palce powyżéj pępka. Granica górna wątroby prawidłowo ustawiona; w wymiarze poprzecznym sięga wątroba do lewego brzegu wyrostka mieczykowego, w linii sutkowéj dolną jéj granicę stanowi łuk żebrowy; w linii pachowéj przodkowéj w położeniu bocznem stłumienie sięga na dwa palce wyżéj łuku. Brzegu wymacać nie można. Badanie przez kiszkę stolcową wykazuje: około otworu stolcowego na zewnątrz jak i na wewnątrz zdziergacza liczne guzy żylakowe, błona śluzowa jest rozpulchniona, a w okolicy górnego zwieracza palec napotyka na nieliczne guzki wielkości ziarna grochu, wraz z błoną śluzową przesuwalne; palec wyjęty jest krwią odbarwioną zbroczony. Z powodu bólów, jakich doznawał chory, badanie wziernikiem odbytniczym musiało być zaniechaném. Stolce składają się z papkowatego kału pomieszanego z dość obfitą

ilością krwi, poczęści świeżo wynaczynionéj, poczęści odbarwionéj, w którym badanie drobnowidzowe wykazuje ciałka krwi w wielkiéj ilości. Gruczoły pachwinowe nieco powiększone, przesuwalne, miernie twarde. Z zakresu zboczeń czynnościowych zasługują na szczególną uwagę wymioty. Wymiociny oddziaływają kwaśno, są płynne, śluzowo-wodniste, zawiérają strzępki krwi świeżo wynaczynionéj, z domieszką masy czekoladowéj i nastają niekiedy naczczo bez poprzedniego użycia pokarmów. Podmiotowo chory skarży się na nudności, odbijanie kwaśne i zgagę; mimo to łaknienie ma dość dobre. Po każdym stolcu, których bywa 2—3 dziennie, chory doznaje pieczenia w odbycie.

Mocz oddawany w ilości 300—400 ctm. sz. na dobę okazuje c. g. 1028, barwę pomarańczowo-żółtą. Badanie chemiczne przez Prof. Dra Stopczańskiego dokonane, wykazało: moczany, urochrom i uroksantyn zwiększone, białka zaledwie ślad, barwików żółciowych nie ma.

Dla braku pewnych objawów rozpoznawczych, któreby się dały stwierdzić badaniem przedmiotowém, wstrzymano się od bliższego rozpoznania między marskością wątroby z następowém przekrwieniem układu żyły wrotnéj, prowadzącém do krwotoków żołądkowo kiszkowych, a nowotworem ugniatającym pień żyły wrotnéj, oczekując z dalszego przebiegu choroby wyświecenia tych wątpliwości. Przebieg ten daje się streścić pokrótce jak następuje:

Aż do połowy lutego stan chorego w niczém prawie się nie zmienił. Stolce obrzednie, zmięszane z małą ilością krwi, przetrawionéj i powleczone smugami krwi świeżéj, pojawiały się 2—3 razy dziennie, mimo okładów lodowych na brzuch, lewatyw z wody lodowéj z dodatkiem rozczynu półtora chlorku żelazowego i wewnętrznego podawania rozczynu tegoż leku. Raz tylko przydarzyły się wymioty zawierające w sobie resztki nieprzetrawionych pokarmów i smugi fusowate. Dopiero w dniach 15 i 16 lutego pojawiły się kilkakrotne obfite wymioty krwią w części świeżo wynaczynioną, w części przetrawioną, po których pojawiły

się stolce fusowate. Niedokrewność i osłabienie się wzmogły, kończyny górne i twarz obrzękły, ilość płynu w jamie brzusznéj powiększyła się, apetyt znikł, tętno osłabło i stało się częstszém, a chory był więcéj apatyczny. Ciepłota wieczorna podniosła się kilkakrotnie do 38° C. W dniu 18 lutego pojawił się nowy przypad w postaci niedowładu ręki i nogi prawéj, przy czuciu zupełnie utrzymaném, któremu towarzyszyło niezupełne porażenie mięśni twarzowych strony prawéj i zboczenie języka ku téjże stronie. Mowa chorego stała się niewyraźna. Nazajutrz porażenie to połowicze stało się zupełném. Krwotok kiszkowy powtórzył się a po spożyciu najmniejszéj ilości pokarmu pojawiały się wymioty śluzowe.

W dniu 19 lutego chory zakończył życie. Przytomność była utrzymaną, znikła dopiero na kilka godzin przed śmiercią.

Rozpoznanie stanowcze uczyniono w dniu 18 lutego. Dla braku odnośnych przypadów wykluczono przedewszystkiém rak żołądka i wrzód przeszywający. Dla obfitości krwotoków żołądkowych i kiszkowych, braku żółtaczki, niemożności wykazania nadużywania napojów wyskokowych, niskiego ciężaru gatunkowego moczu i braku w takowym nieprawidłowych barwików, nakoniec z powodu obecności wybitnéj kaheksyi wykluczono marskość wątroby, mimo zmniejszenia wymiarów stłumienia wątroby a powiększenia śledziony. Wydęcie znaczne brzucha przez płyn nie pozwalało przypisywać jakiegolwiek większego znaczenia rozpoznawanego ujemnemu wynikowi obmacywania, a nędzny stan ogólny wzbraniał wykonania punkcyi w celu dyjagnostycznym. Pomimo więc niemożności wymacania jakiego obrzęku w jamie brzusznéj przypuszczano ucisk na żyłę wrotną przez nowotwór złośliwy wychodzący z otrzewny lub co rychléj z gruczołów zaotrzewnowych. Za nowotworem złośliwym zdawały się bowiem przemawiać: 1) wiek podeszły, 2) charłactwo znaczne, 3) guzki w kiszce

stolcowéj wymacalne, które jako przyrzutowe uważać było można. Wobec bardzo znacznéj i zwiększającéj się coraz bardziéj puchliny brzusznéj ani jednego ani drugiego przypuszczenia przedmiotowości badaniem stwierdzić nie było można; dla tego nie rozstrzygano, które z nich jest więcéj uprawnioném, tém bardziéj że tak jedno jak i drugie przypuszczenie tłumaczyć mogło w zupełności wszystkie objawy chorobowe za życia postrzegane. Za jedném i drugiém przypuszczeniem przemawiała także ta okoliczność, że guz rakowy, czy to z gruczołów zaotrzewnowych, czy téż z pewnéj części otrzewny wychodzący, mógł przez mechaniczny ucisk na żyłę wrotną następowo sprowadzić jéj zaczopowanie, a tém samém tłumaczył bardzo dobrze krwotoki żołądkowo-kiszkowe. Przypadki takie są znane, wspominają o nich Gendrin (*Traité de médec. pratique*, T. I str. 233), Bouillaud (*Arch. de médec.* T. II str. 198 i 199), Frerichs (*Klinik der Leberkrankh.* II 373) i inni. Pierwotny zakrzep krwi w żyle wrotnéj, jakoteż pierwotne zapalenie ścian żyły wrotnéj również brano na uwagę; jednakże wobec wielkiéj rzadkości tych zmian chorobowych nie uważano się uprawnionym do ich stanowczego rozpoznawania.

Porażenie połowicze, które wystąpiło na parę dni przed śmiercią, tłumaczone znaczném zakłóceniem krążenia śródczaszkowego, ewentualnie zakrzepem zatok mózgowych (*thrombosis marantica*). Zmiany w postaci klatki piersiowéj i stosu pacierzowego odniesiono do przebytego zapalenia opłucny.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e dokonane dnia 22 lutego 1879 przez Doc Dra Browicza wykazało: *Peripylephlebitis fibrosa chronica, endophlebitis portalis chron. atheromatosa subsequa thrombosi venae portae et ascitide. Perisplenitis fibrosa chron. Fractura obsoleta costarum (7—10) sin. Scoliosis dextra.* Ważniejsze ustępy z protokółu sekcyjnego brzmią jak następuje:

Szpik kości udowych żółty, blady, w górnych częściach przekrwiony, składu prawidłowego. Na 7, 8, 9 i 10tém żebrze strony lewéj na 6 ctm. od miejsca przyczepienia chrzą-

stek żebrowych do mostka ślady przebytego przed laty złamania. Stos pacierzowy w części piersiowéj ku stronie prawéj mocno przegięty, w kręgach jednakże nie ma żadnéj zmiany pierwotnéj.

Opona twarda silnie przylega do wewnętrznéj powierzchni kości czaszkowych, od których z trudnością oddzielić się daje; po oddzieleniu pozostają na czaszce pasemka tkanki ścięgnistéj. Opony miękie blade, zresztą prawidłowe. Mózg bardzo niedokrewny, zatoki mózgowe zawierają krew płynną.

Oba płuca wolne, miernie obrzękłe, niedokrewne, przy brzegach miernie powietrzem rozdęte. Serce prawidłowych rozmiarów. Śródsierdzie w komórce lewéj tu i owdzie ćme, zgrubiałe. Szczyty mm. brodawkowych w niskim stopniu ścięgnisto-zwyrodniałe; podobneż ogniska wśród mięśnia komórki lewéj. W tętnicy głównéj i innych grubszych naczyniach tętniczych zmiany miażdżycowe niskiego stopnia.

W jamie brzusznéj do 5 litrów płynu surowiczego, przezroczystego, ciemno-żółtego. Otrzewna i gruczoły zaotrzewnowe prawidłowe. Wątroba nieco pomniejszona, torebka lekko pomarszczona, powierzchnia lekko ziarnista. Na przekroju miąższ blado-brunatny, jednostajny, miernie zbity, niedokrewny; przewody żółciowe grubsze rozszerzone. Powłoka surowicza więzu wątrobiano - dwunastnicowego zgrubiała. *Pień żyły wrotnéj otoczony zbitą tkanką łączną, która spaja takową silnie z sąsiedniemi częściami i uciska żyłę, zwężając światło takowéj.* W części górnéj pnia żyły wrotnéj znajduje się skrzep wypełniający światło żyły, warstwowy, którego warstwy wewnętrzne, soczyste dają się z łatwością oddalić, zewnętrzne zaś przylegają silnie do ściany, któréj błona wewnętrzna nierówna, zgrubiała, w licznych miejscach zwapniała; na zwapniałościach tych znajdują się osady włóknika. Torebka śledziony gruba, powierzchnia guzkowata skutkiem zgrubienia torebki; miąższ blado wiśniowy, zbity, podścielisko występuje wybitnie.

Nerki prawidłowéj wielkości, torebka łatwo schodzi z powierzchni gładkiéj, jednostajnie żółtawo-brunatnéj, woskowego wejrzenia. W kilku miejscach powierzchnia zaklęsła, w tych miejscach istota korowa zwężona. Na przekroju miąższ dość zbity. W błonie podśluzowéj gardziela, zwłaszcza jego części dolnéj, żyły rozszerzone żylakowato, w kilku miejscach workowato wypuklone, wypełnione krwią skrzepłą, ciemno-czerwoną. Błona śluzowa żołądka w licznych miejscach szarawo zabarwiona, rozpulchniona, obfitym śluzem pokryta. W jelitach cienkich nic szczególnego. W jelicie grubém i w odbytnicy ściany zgrubiałe, zdzieргacz odbytu górny przerosły; na błonie śluzowéj zgrubiałéj, szarawéj kilka uklejów wielkości ziarna grochu.

Porównywając zmiany chorobowe badaniem pośmiertném wykazane z témi, jakie za życia chorego przypuszczano, łatwo pojąć, że stwierdzenie zakrzepu w żyle wrotnéj nie było bynajmniéj wielką niespodzianką. Omawiając bowiem znaczenie dyjagnostyczne zauważonych za życia objawów, zwrócono uwagę również na możebność powyższéj zmiany chorobowéj w żyle wrotnéj, nie uważano się wszakże, dla braku swoistych przypadów chorobę tę cechujących, tudzież wobec wielkiéj jéj rzadkości uprawnionym do stanowczego rozpoznawania samoistnéj zmiany w żyle wrotnéj, lecz uważano ją jako zmianę następową, wywołaną przez ucisk nowotworu.

Żyła wrotna wprawdzie podlega najczęściéj z całego układu naczyń wątrobianych zmianom chorobowym, mimo to choroby żyły wrotnéj w stosunku do innych zmian w wątrobie należą do rzadkości. Zakrzep krwi w żyle wrotnéj, znany od czasów Virchowa (*pylethrombosis*), dawniéj mylnie za następstwo zapalenia żyły wrotnéj uważany (tak zw. *pylephlebitis adhaesiva*), może być wynikiem bardzo różnorodnych spraw chorobowych. Czynnikiem usposabiającym są niewątpliwie same anatomiczne stosunki żyły wrotnéj. Pień jéj wsuwa się niejako pomiędzy podwójny układ naczyń włosowatych; to téż tak parcie

ościenne, jako i chyżość prądu krwi daleko mniéj zależą od siły popędowéj (*vis a tergo*), niż od ruchów oddechowych, z których wdech przedstawia niejako siłę ssącą, wydech zaś tłoczącą. Być może, że zmniejszenie ogólnéj ilości krwi samo przez się obok osłabionéj czynności serca może przyczynić się do powstawania zakrzepu w żyle wrotnéj. Albo téż może to być następstwem mechanicznych przeszkód w odpływie krwi z korzeni żyły wrotnéj: jak w śródmiąższowém zapaleniu wątroby skutkiem zaniku pewnéj części układu włosowatego, lub następstwem ucisku przez nowotwór (np. rakowy) pozaotrzewnowy, kamienie żółciowe i t. p. Frerichs np. postrzegał jeden przypadek, w którym zakrzep w tętnicy płucnéj pociągnął za sobą świeży zakrzep w żyle wrotnéj; tenże autor jakotéż Schuch (*Zeitschr. der Gesellsch. der Aerzte in Wien* 1846, II. str. 353) zauważali częściowe zakrzepy w rozgałęzieniach żyły wrotnéj po zimnicy, co Frerichs tłumaczy przeniesieniem skrzepów ze śledziony do gałęzi żyły wrotnéj. Ciała obce wywołujące zakrzep żyły wrotnéj należą do nadzwyczajnych rzadkości. Znany jest przypadek Lambrona (*Arch. de Médec.* III. Serie XIV, pag. 131), w którym połknięta ość rybia utkwiła w żyle krézkowéj górnéj i wywołała w niéj i w żyle wrotnéj zakrzep krwi. Ciała obce w żyle wrotnéj się znajdujące niekoniecznie jednak pociągają za sobą zakrzep krwi, jak tego dowodzi przypadek Duvala, gdzie kilka żywych motylic wątrobowych (*distomum hepaticum*) znajdowało się w pniu żyły wrotnéj bez jakichkolwiek następowych zmian w krwi lub ścianach żyły.

Inną przyczyną powstawania niedrożności żyły wrotnéj jest zapalenie ścian żyły wrotnéj i tkanki łącznéj ją otaczającéj. Zmiana pierwsza to jest zapalenie przewłoczne wewnętrznéj błony żyły wrotnéj (*endophlebitis portalis chron.*), dla któréj w naszym przypadku bardzo wybitny mamy przykład, należy do nadzwyczajnych rzadkości. Zmiana zapalna, zupełnie analogiczna sprawie miażdżycowéj w tętnicach (*endarteriitis chron. atheromatosa*) rozpoczyna się

w błonie wewnętrznéj (*tunica intima*), która tak jak i w naszym przypadku okazuje się nierówną i zgrubiałą. Zgrubienia te i nierówności polegają na żółtych, tłuszczowych złogach śród przestworów międzykomórkowych błony wewnętrznéj i na bujaniu tkanki zasadniczéj; późniéj powstają złogi wapniste, z początku w postaci maleńkich płytek i blaszek, obejmujących następnie cały obwód żyły i zamieniających ją w niepodatną cewę. Sprawa ta miażdżycowa w żyle wrotnéj częściéj pociąga za sobą zakrzep krwi aniżeli w tętnicach. Być może, że sprzyja temu bardzo niskie parcie ościenne obok bardzo powolnego obiegu krwi w żyle wrotnéj. Zato rzadziéj się tu zdarza zużycie (*usura*) ścian żyły wrotnéj niż w tętnicach, co z tych samych przyczyn pochodzić może.

Przyczyny miażdżycy żyły wrotnéj są bardzo ciemne. Virchow (*Verhandlungen der physik. medic. Gesellsch. in Würzburg*, T. VIII, str. 21) znalazł raz znaczne rozszerzenie przewodów żółciowych skutkiem kamieni żółciowych i przez ucisk tychże tłumaczył następowe przewłoczne zapalenie żyły wrotnéj. W innych przypadkach, tak jak i w naszym, przyczyny téj nie było. Odpadają tu również te czynniki usposabiające, które prawdopodobnie są najważniejsze w tętnicach: mianowicie podwyższenie parcia ościennego krwi i tętnienie. O analogicznych bardzo warunkach pomówię niżéj. Klebs upatruje jakiś bodziec chemiczny we krwi. Niektórzy uważali zakrzep krwi za pierwotną przyczynę rozwijającéj się następowo miażdżycy w żyle wrotnéj. Wiemy jednakże, że skrzepnienie krwi niekoniecznie za sobą pociąga zapalenie ścian żylnych; a zresztą znane są przypadki, że mimo długotrwałego zakrzepu w żyle wrotnéj nieznajdowano żadnych zmian następowych w ścianach; owszem zauważano, że im późniéj przyłączy się zakrzep krwi, tém szybciéj postępuje sprawa miażdżycowa w ścianie żyły wrotnéj.

Nareszcie do niedrożności żyły wrotnéj i to albo bezpośrednio przez ucisk, albo pośrednio wywołując zmiany

zapalne w ścianie żyły wrotnéj, przyczynić się może, jak to było w naszym przypadku, zapalenie otaczającéj tkanki łącznéj. Pomijam zapalenie tkanki łącznéj ropne, gdyż takowe, jeżeli się przeniesie na żyłę wrotną wywołuje zupełnie inne przypady chorobowe to jest t. z. *pylephlebitis suppurativa.* Nam zaś tu idzie przedewszystkiém o patogenezę t. z. *pylephlebitis adhaesiva* czyli poprostu niedrożności żyły wrotnéj. Pomijam również zapalenie téjże tkanki łącznéj kiłowe (*peripylephlebitis syphilitica*). (Schueppel, *Ueber Peripylephleb. syph. Arch. der Heilkunde* I, 1870, przytacza trzy przypadki chorobowe u noworodków, u których śród bujającéj tkanki łącznéj około żyły wrotnéj znalazł kiłaki uciskające żyłę wrotną i przewód żółciowy wspólny). Inną odmianą zapalenia tkanki łącznéj otaczającéj żyłę wrotną jest zapalenie téjże tkanki przewłoczne, cechujące się jéj bujaniem i następowém zmodzelowaceniem tkanin. Do takich należy i nasz przypadek; jestto t. z. *peripylephlebitis fibrosa chron.* Warunki powstawania i przyczyny tegoż zapalenia są zupełnie ciemne, gdyż okolica żyły wrotnéj już przez topograficzne swe położenie nie jest bynajmniéj narażoną na bodźce zewnętrzne. W niektórych przypadkach zapalenie przewłoczne tkanki łącznéj około żyły wrotnéj uważać było można jako ograniczone zapalenie otrzewny. Tak np. Frerichs (l. c. II, 370) przytacza historyję choroby 46-letniego robotnika, u którego w 11 lat po uderzeniu w okolicę nadbrzusza powstał zakrzep żyły wrotnéj skutkiem przewłocznego zapalenia otrzewny w okolicy wnęki wątroby; podobne następstwa zauważano również po przedziurawieniu wrzodu żołądkowego. Barth (*Bulletin de la Sociéte anatomique* 1851, str. 354) opisuje przypadek, w którym 24-letnia kobieta w 10-tym miesiącu po połogu umarła z przewłocznego zapalenia otrzewny. W jamie brzusznéj płyn surowiczy, żyła wrotna uciśnięta modzelowatą tkanką łączną, w gałęziach żyły wrotnéj skrzepy.

W naszym przypadku trudno rozstrzygnąć, czy i w jakim stosunku przyczynowym pozostawały sprawy zapalne

wśród saméj ściany żyły wrotnéj (*endophlebitis*) do zmian wśród tkanki łącznéj otaczającéj też żyłę (*periphlebitis*). Czy obiedwie rozwinęły się niezależnie od siebie, czy może sprawa miażdżycowa była następstwem zapalenia około żyły wrotnéj, trudno orzec. W każdym razie rozwijanie się spraw tych równoczesne nie zdaje się być przypadkowém.

Zważywszy, że sprawa miażdżycowa w żyle wrotnéj jest zupełnie sprawą tąż samą co w tętnicach, mimowoli nasuwa się myśl, czyby zboczenia te, tak w tętnicach, jak i w żyle wrotnéj, nie pochodziły z tych samych przyczyn. Momentami usposabiającymi do rozwijania się miażdżycy w tętnicach bywają zazwyczaj, obok podeszłego wieku, również pewne czysto mechaniczne wpływy. Mechanicznych tych wpływów szukać należy w powiększeniu parcia ościennego krwi, w coraz to zmienném napięciu ścian tętniczych skutkiem nadchodzącéj fali krwi (tętnienie), tudzież w anatomicznych stosunkach, skutkiem których pewne części układu tętniczego przeważnie wystawione są na znaczne tarcie i wirowanie krwi. Tém się tłumaczy tak często spotykana miażdżyca w łuku tętnicy głównéj i t. p. Obok zwiększonego parcia, ma tu niezaprzeczony wpływ na rozwijanie się sprawy zapalnéj zmniejszona podatność i sprężystość ścian tętniczych, co często tłumaczyć można ich schyłkowym zanikiem.

Otóż sądzę, że bardzo analogiczne stosunki i warunki dla powstawania miażdżycy można znaleźć i w żyle wrotnéj. Nie mamy tu wprawdzie tętnienia, ale mamy potęgujące się często tarcie ościenne skutkiem fizyjologicznych nawałów krwi. Na pierwszém miejscu pod tym względem postawić należy wpływ trawienia na chyżość prądu krwi w żyle wrotnéj i na napięcie jéj ścian. Podczas trawienia, gdy obfite wydzielanie na błonie śluzowéj żołądka i jelit wywołuje napływ krwi daleko żywszy i gdy równocześnie przez wessanie wielka ilość cieczy dostaje się do obiegu krwi, tak chyżość prądu jak i parcie ościenne muszą w żyle wrotnéj być daleko znaczniejsze aniżeli w innym czasie. Napływ

krwi jest tu wtenczas tak znaczny, że Kl. Bernard szukał bezpośrednich połączeń żyły wrotnéj z żyłą główną, któremiby część krwi omijając układ włosowaty odpłynąć podczas trawienia mogła. Wielki a bardzo zmienny wpływ wywierają również na obieg krwi w układzie żyły wrotnéj przepona i mięśnie brzuszne, jakotéż (jakkolwiek w mniejszym stopniu) ruchy skurczowe błony mięsnéj żołądka i jelit. Nareszcie niemały wpływ na krążenie w zakresie żyły wrotnéj mają także i nerwy, jak tego dowodzą doświadczenia Kl. Bernarda (*piqûre*), Frerichsa (nerwy trzewowe i ganglion coeliacum) i t. p.

Nic więc w tém dziwnego, jeżeli sprawę miażdżycową (bo mianem tém nazwać można t. z. dawniéj zwapnienia i skostnienia błony wewnętrznéj żyły wrotnéj) najczęściéj z wszystkich żył ustroju napotyka się w żyle wrotnéj. Dla czego przecież sprawa ta o wiele rzadszą jest w tém miejscu niż w tętnicach, trudno rozstrzygnąć; sądzę, że to polega na rzadkiéj stosunkowo równoczesnéj konkurencyi wszystkich powyższych warunków, tudzież że żyła wrotna stosuje się bardzo łatwo, jak i inne zresztą pod tym względem żyły, na mocy swéj podatności do rozmaitych aczkolwiek częstych wahań w krążeniu krwi żylnéj i że anastomozy z gałązkami żyły głównéj dolnéj zapobiegają nadmiarowemu powiększeniu się parcia krwi. Dopiero gdy bodźce powyższe staną się wygórowanymi i przekroczą zakres fizyjologiczny, mogą sprowadzić zboczenia anatomiczne w błonie wewnętrznéj żyły wrotnéj. Z drugiéj strony bodźce nawet niezbyt wygórowane mogą w następstwie sprowadzić też same zboczenia, skoro sama żyła wrotna jest z jakiéjbądź przyczyny do tego usposobioną. Za taki moment usposabiający uważać można w naszym przypadku zapalenie tkanki łącznéj około żyły wrotnéj. Łatwo pojąć, że rozwijająca się modzelowata tkanka łączna ściągając się i kurcząc staje swobodnemu rozszerzaniu się światła żyły wrotnéj na zawadzie, że zatém stawiając prądowi krwi pewną zaporę nienaturalną, tém samém powiększa tarcie krwi

w żyle i podwyższa parcie ościenne. Takie zwiększone tarcie i parcie krwi ościenne stawia ściany żyły wrotnéj w zupełnie analogicznych warunkach, w jakich znajdują się ściany tętnic wystawione na bezustanne uderzanie fali krwi podczas skurczów serca. Czém w tętnicach skurcz serca, tém dla żyły wrotnéj owe powtarzające się fizyjologiczne a często i patologiczne nawały krwi żylnéj podczas trawienia i t. d.

Związek przyczynowy między zapaleniem tkanki łącznéj około żyły wrotnéj (*peripylephlebitis*) a zapaleniem przewłoczném (miażdżycą) błony wewnętrznéj (*endophlebitis chron. atheromatosa*) dałby się więc pojąć w ten sposób, że zmianą pierwotną było w naszym przypadku zapalenie otrzewny i tkanki podotrzewnowéj ograniczone do wnęki wątrobowéj (*peritonitis et retroperitonitis portalis*), a rozwijająca się w skutek tego tkanka łączna, tamując swobodny przypływ krwi w żyle wrotnéj, sprowadziła warunki tém bardziéj sprzyjające zapaleniu wewnętrznéj błony żyły wrotnéj, że krążenie wątrobowe u naszego chorego było upośledzone skutkiem zmian w klatce piersiowéj i w stosie pacierzowym, przebytéj zimnicy i zmian miażdżycowych w tętnicach. Wpływy te nareszcie pociągnęły za sobą zakrzep krwi (*pylethrombosis*).

Przypadki analogiczne wspomina Frerichs (l. c. II, str. 381); uważa jednak jako bezpośrednie następstwo ograniczanego zapalenia otrzewny lub zapalenia torebki Glissona zakrzep w żyle wrotnéj, a ten dopiero zdaniem jego pociągnąć miał za sobą miażdżycę w ścianie żyły wrotnéj. W naszym przypadku była miażdżyca stanowczo sprawą wcześniejszą od zakrzepu; zresztą zauważa Klebs (*Handb. der pathol. Anat.* T. I, str. 464), że zakrzep krwi nie tylko że nie zwykł podsycać sprawy zapalnéj, ale owszem sprzyja rozejściu się rozpoczynającego zapalenia w ścianie żyły wrotnéj, zwracając słusznie i na to uwagę, że w znanych przypadkach sprawa miażdżycowa bywała tém więcéj rozwinięta, im mniéj było skrzepów krwi w żyle wrotnéj.

Nie twierdzę bynajmniéj, by zapalenie przewłoczne tkanki łącznéj we wnęce wątroby miało zawsze sprowadzać sprawę miażdżycową w żyle wrotnéj. Owszem sądzę, że zapalenie tkanki łącznéj okołonaczyniowéj, jeżeli przebiega ze znaczniejszém nasileniem, rychléj może sprowadzić zupełne uciśnięcie żyły wrotnéj aniżeli sprawę zapalną w saméj ścianie, do czego potrzeba zachowania światła żyły i utrudnienia, lecz nie zupełnego powstrzymania krążenia krwi w żyle wrotnéj.

Przypadek nasz budzi więcéj zajęcia pod względem patogenetycznym aniżeli klinicznym. Klinicznie nie różni się wcale od t. z. *pylephlebitis adhaesiva* (właściwie *pylethrombosis*), gdyż obraz chorobowy składa się tylko z przypadów zastoinowych w zakresie żyły wrotnéj, bez względu na to, w jaki sposób niedrożność żyły wrotnéj powstaje. Jestto ten sam obraz, zawsze wątpliwy pod względem dyjagnostycznym i tylko wśród zbiegu bardzo pomyślnych warunków w sposób właściwy za życia pojąć się dający. Jako cechujący niejako przypad podają od czasów Frerichsa bardzo znaczną puchlinę, która po każdém nakłuciu brzucha bardzo rychło ma się powtarzać wracając do poprzedniego nasilenia. Cechy téj w naszym przypadku nie było. Opuchlina brzuszna rozwijała się bardzo powoli i nie doszła śród całéj obserwacyi klinicznéj do tego stopnia, aby stan chorego wymagał punkcyi brzucha. Okoliczność ta, przydarzająca się również niekiedy i przy pierwotnym zakrzepie żyły wrotnéj (Frerichs w 28 przypadkach niedrożności żyły wrotnéj widział trzy przypadki, w których opuchliny brzusznéj wcale nie było) tłumaczy się najprzód mniéj lub więcéj łatwém wytworzeniem się krążenia obocznego, co znów zależy od mniéj lub więcéj powolnego powstawania niedrożności żyły wrotnéj, tudzież obfitymi krwotokami żołądkowo-jelitowymi i biegunką, które zapobiegały znaczniejszemu nagromadzesię płynu surowiczego w jamie brzusznéj. Z téj saméj może przyczyny nie było w naszym przypadku znaczniejszego rozszerzenia żył brzusznych (*caput Medusae*), co w przypad-

kach niedrożności żyły wrotnéj dość często się zdarza (w 28 przyp. Frerichsa 13 razy). Charłactwo wyższego stopnia, które za życia odnoszono do obecności nowotworu rakowego, bywa chorobie téj właściwém, jeżeli tylko zakrzep rozwija się powoli. Osłabienie i upadek sił są oczywiście tém większe, skoro niedrożność żyły wrotnéj prowadzi do obfitych krwotoków jak w naszym przypadku. Zresztą, wobec utrudnionego, a tém więcéj zupełnie zniesionego przepływu krwi przez żyłę wrotną musi podupaść cała sprawa chłonienia, zamkniętą bowiem zostaje jedna z głównych dróg, którą części strawione pokarmów dostają się do ogólnego obiegu krwi. Prócz tego całe krążenie krwi bywa przez niedrożność żyły wrotnéj w wysokim stopniu zakłócone, jak to doświadczeniami na zwierzętach wykazał H. Tappeiner (*Ueber den Zustand des Blutstroms nach Unterbindung der Pfortader. Arb. aus d. physiol. Inst. zu Leipzig*, VII, str. 11). Stwierdził on mianowicie po podwiązaniu żyły wrotnéj znaczne obniżenie parcia ościennego w układzie tętniczym, tudzież wybitne zwolnienie prądu krwi w tętnicach, co tłumaczy tém, że serce w tych warunkach daleko mniéj otrzymuje krwi niż w stanie prawidłowym. Bezpośredniéj przyczyny śmierci nie podaje. Odmawia wszakże słuszności zdaniu Ludwiga i Thiryego, którzy twierdzili, że zwierzęta po podwiązaniu żyły wrotnéj przestają żyć niejako skutkiem krwotoku wewnętrznego, gdyż wszystka krew gromadzi się w gałęziach żyły wrotnéj. Tappeiner zaś i Hoffmann obliczyli, że ilość krwi wykluczonéj niejako tym sposobem z obiegu ogólnego może wynosić zaledwie 8% ciężaru ciała, która to utrata bynajmniéj nie wystarcza do zabicia zwierzęcia. Żółtaczki w naszym przypadku nie było. O okoliczności téj wspominam raz jeszcze z téj przyczyny, że na podstawie żółtaczki postrzeganéj w niektórych przypadkach zatkania żyły wrotnéj Frerichs oparł swą teoryję o powstawaniu żółtaczki krwiopochodnéj. Sądził mianowicie, że takowa powstaje jużto skutkiem niedostatecznego dopływu krwi przez żyłę wrotną (w któréj znaj-

duje się najobfitszy materyjał dla powstania żółci), jużto skutkiem obniżonego parcia ościennego w tejże żyle, coby zdaniem jego miało ułatwiać przesiąkanie składników żółci z przewodów żółciowych do krwi. Powstawanie (rzadkie) żółtaczki w niedrożności żyły wrotnéj Bamberger tłumaczy przetwarzaniem się hematynu (znajdującego się według Lehmanna w wielkiéj ilości w żyle wrotnéj), na barwiki żółciowe; potrzeba do tego wszakże zdaniem jego długotrwałego zatkania żyły wrotnéj.

Ze stanowiska klinicznego zasługuje jeszcze na uwagę w naszym przypadku porażenie połowicze, które wystąpiło na parę dni przed śmiercią, a dla którego sekcyja oprócz ogólnéj niedokrewności mózgu nie wykryła żadnéj innéj podstawy. Że niedokrewność mózgu tak samo jak przekrwienie jest dostatecznym wogóle momentem do wywołania porażenia połowiczego, jest rzeczą znaną; jednakowoż trudno wytłumaczyć te przypadki — do których właśnie i nasz należy — gdzie porażeniu nie towarzyszyło upośledzenie świadomości i gdzie niedokrewność w równéj mierze zajmowała obiedwie połowy mózgu.

Przypadek II. Niedrożność przewodu wątrobowego skutkiem ucisku przez bujającą sąsiednią tkankę łączną u kobiety z rakiem sutka prawego.

Maryja Holmanowa, lat 59 licząca wdowa, z Krakowa. Ojciec choréj umarł na jakąś chorobę płuc, matka na niewiadomą chorobę gorączkową. W dziecięctwie nie przebywała żadnéj cięższéj choroby; w okresie pokwitania cierpiała na blednicę, niekiedy nawiedzał ją kaszel i bicie serca, co wszakże przy odpowiedniém leczeniu ustępowało.

Choroba obecna trwa od lat 10-ciu; wówczas to chora spostrzegła na prawym sutku guzik, który zwolna się powiększał, nie sprawiając choréj z początku żadnéj dolegliwości. Dopiero po 7-mio letniém trwaniu choroby poczęły

obrzmiewać gruczoły pachowe, a przed rokiem guz zaczął wrzodzieć i krwawić. Operować chora się nie pozwoliła. Rozwijające się coraz większe osłabienie, któremu towarzyszył brak łaknienia i drżenie całego ciała, skłoniło chorą w początku listopada 1878 r. do szukania rady w klinice.

B a d a n i e wykazało pokrótce co następuje: kobieta wzrostu średniego, kościec dość dobrze rozwinięty, skóra sucha, szorstka, na całém ciele wyraźnie żółtawa, stopy i ręka prawa surowiczo obrzękłe; mięśnie wiotkie, tkanka podskórna również wiotka, ale dosyć obfita. Białkówki i błona śluzowa ust żółtawo zabarwione. Klatka piersiowa budowy prawidłowéj. W płucach nic nieprawidłowego. W okolicy sutka prawego znajduje się guz wielkości jaja gęsiego, ograniczony, grzybowaty, obnażony, przesuwalny, twardy, brudnokrwawą posokę wydzielający; gruczoły pachowe prawe obrzmiałe, twarde. Wątroba powiększona znacznie gładka, tylko w linii przysutkowej równo z brzegiem wątroby czuć w głębi guz twardy wielkości jaja, który z powodu bardzo znacznéj bolesności nie da się dokładnie obmacać. Granice śledziony prawidłowe. W jamie brzusznéj niewielka ilość płynu wolnego. Mocz wydzielany w dość skąpéj ilości, c. g. 1021, zawiera obfitą ilość barwików żółciowych, białka niéma. Język miernie obłożony. Brak łaknienia. Osłabienie, drżenie całego ciała, osobliwie rąk.

R o z p o z n a n o. Rak włóknisty sutka prawego z prawdopodobnymi przyrzutami rakowymi w wątrobie. Do przypuszczenia ostatnich skłaniała żółtaczka, powiększenie i bolesność wątroby, tudzież obrzęk w jamie brzusznéj wymacalny, który odnoszono do wątroby.

P r z e b i e g c h o r o b y daje się streścić bardzo krótko. Osłabienie zwiększało się coraz bardziéj, łaknienie zniknęło zupełnie, żółtaczka się powiększała tak, że skóra nabrała wejrzenia pomarańczowo-żółtego. Stolce (1—3 na dzień) wolne, zupełnie pozbawione żółtéj barwy. Tętno

miękkie, powolne, ciepłota zawsze prawidłowa. Bóle w okolicy wątroby, w stawach i krzyżach. Wątroba w ostatnich kilku dniach mimo zwiększającej się żółtaczki nie powiększała się, owszem zdawała się być miększą. W ostatnich 4 dniach przed śmiercią (to jest od 1 do 4 grudnia) ciepłota ranna prawidłowa, wieczorna podnosiła się stale do 37.9—38.0 C. Objawy zapalenia płuca prawego w części dolnéj. Śród tego powtarzały się odbijania, kilkakrotne wymioty, stolce gliniaste. Dnia 3 grudnia pojawił się krwotok z owrzodziałego guza sutkowego, który z trudnością dał się zatamować roztworem półtorachlorku żelaza a nazajutrz śród objawów ogólnego upadku sił chora żyć przestała.

Z wyników badania pośmiertnego dokonanego w dniu 6 grudnia 1878 r. przez Doc. Dra Browicza, wyjmuję ważniejsze szczegóły:

Skóra w całości pomarańczowo - żółto zabarwiona. Tkanka podskórna odnóg mocno surowiczo obrzękła. W okolicy sutka prawego guz wielkości jaja gęsiego, grzybowato wyrastający, skórą niepokryty, ciemnoczerwono zabarwiony, przesuwalny, który częściowo przechodzi na mięśnie, nie zajmuje jednak żeber, jest w dotyku twardy, dokładnie od dołu i wewnątrz odgraniczony a ku górze i ku pasze okazuje kilka blizn dość szerokich, twardych. W pasze naokoło naczyń i gruczołów tkanka podskórna znacznie zgrubiała, modzelowata, w związku ścisłym z bliznami powyższemi pozostająca. Gruczoły pachowe znacznie powiększone, zbite. Tkanka śródpiersia przodkowego znacznie w górnéj części zgrubiała, przedstawia tkaninę modzelowatą, na 3 ctm. grubą, białawą. Bliznowata tkanina ta ciągnie się ku górze i na prawo, towarzysząc naczyniom wielkim szyi aż prawie po chrząstkę tarczykową, uciskając miernie naczynia. Dolny płat prawego płuca ciemnoczerwony, bezpowietrzny, kruchy, zalewa się skąpą ilością brudnéj, lepkiéj cieczy. Pozostałe części zawierają powietrze i zalewają się na przekroju cieczą pienistą, bladą. Płuco lewe prawidłowe. Jama brzuszna zawiera nieznaczną ilość płynu surowi-

czego, żółtawego. Otrzewna gładka, blada, z odcieniem żółtawym. Wątroba miernie powiększona. Przez gładką, cienką torebkę prześwieca miąższ zielonawo-żółty, który na rozkroju przedstawia dość wyraźny rysunek zrazików. Zabarwienie całego miąższu, okazującego gdzieniegdzie jamki wypełnione treścią mazistą, zielonawą, jest brunatno-zielonawe. Spójność nieco zmniejszona. P r z e w ó d w ą t r o b o w y drożny tylko w swym początku i nieco od przewodu wspólnego (*ductus choled.*); zresztą zamieniony w postronek bliznowaty, trudno odosobnić się dający, otoczony zbitą tkanką. Tkanka ta modzelowata roszerza się także około całéj wnęki wątrobowéj i wzdłuż powłoki surowiczéj więzu wątrobowo-dwunastnicowego, skąd przechodzi na otrzewnę i tkankę podotrzewnową powlekającą trzustkę, zaciskając głowę takowéj na obrzęk sterczący z pod brzegu dolnego wątroby. Przewód żółciowy wspólny w całéj swéj długości drożny, pęcherzyk żółciowy mocno rozdęty, wypełniony płynną, wodnistą cieczą. Naczynia wnęki wątrobowéj prawidłowe. Śledziona nieco zmniejszona, torebka gładka, cienka, miąższ blado-czerwony, zbitości znaczniejszéj. Nérki żółtaczkowo zabarwione, nieco twardsze, zresztą prawidłowe. Błona śluzowa dwunastnicy mocno drzewkowato nastrzykana, nieco rozpulchniona. Koniec przewodu żółciowego wspólnego nieco obrzękły, jednakowoż drożny.

R o z p o z n a n i e a n a t o m i c z n e opiewało więc: *Carcinoma fibrosum mammae dextrae subs. infiltratione carcinomatosa textus cellulosi subcutanei axillae dextrae. Mediastinitis fibrosa anterior et hyperplasia telae intermuscularis regionis supra clavicularis dextrae et vasorum sanguinorum colli, subs. eorum compressione, eorumque infiltratione carcinomatosa incipienti. Hyperplasia textus fibrosi circa caput pancreatis et portam hepatis subsequa atresia ductus hepatici et ictero universali. Pneumonia hypostatica dextra. Atrophia senilis lienis et cerebri. Pachymeningitis chron. interna haemorrhagica.*

Żółtaczka zatém, którą za życia uważano za następstwo przyrzutów rakowych w wątrobie, była żółtaczką za-

stoinową, skutkiem ograniczonego przewłocznego zapalenia otrzewny i tkanki podotrzewnowéj około głowy trustki.

Przypadki zapalenia tkanki łącznéj około głowy trzustki są znane, aczkolwiek rzadkie. W niektórych przypadkach sprawa ta zapalna była następstwem przedziurawienia wrzodu okrągłego żołądka (Friedreich w podręczniku Ziemssena, T. 8, str. 253) i t p. Częściéj jednakowoż ulega uciskowi kurczącéj się tkanki łącznéj przewód żółciowy wspólny aniżeli wątrobowy (Frerichs l. c. II, 441). Niedrożność przewodu żółciowego wspólnego skutkiem ucisku przez tkankę łączną będącą wytworem ograniczonego zapalenia otrzewny i tkanki podotrzewnowéj opisuje np. Sullivan (*Virch. Arch.* 1868, II, 153); podobny zupełnie przypadek z kliniki Frerichsa podaje Wilh. Fitz (*Ein Fall von narbiger Stenose des Ductus choled. Dissert. Berlin*), w którym przewód żyły wspólny uciśnięty był, na 1½ cala ponad ujściem, blizną promienistą, zrosłą z trzustką. Że przewód żółciowy wspólny więcéj narażony jest na ucisk ze strony bujającéj tkanki łącznéj tłumaczyć może po części i ta okoliczność, że tenże dość często przechodzi przez głowę trzustki, jak to wykazał Oskar Wyss (*Zur Aetiologie des Stauungsicterus, Virch. Arch.* T. 36), który w 20 badanych przypadkach znalazł 5 razy przewód żyły wspólny przechodzący przez głowę trzustki.

W naszym przypadku zasługuje przedewszystkiém na uwagę skłonność ogólna do rozwoju tkanki łącznéj i do zwyrodnienia włóknistego narządów, któréj nienapotkaliśmy w przypadku pierwszym. Podczas gdy tam zmiany modzelowate ograniczały się do otrzewny i tkanki podotrzewnowéj w więzadle wątrobowo-dwunastnicowym, tu występując na znaczniejszéj przestrzeni rozwijały się nie tylko w sąsiedztwie kilku ważnych narządów, ale nadto wytwarzały się w samym nowotworze rakowym i w jego bezpośredniém sąsiedztwie. Rak sutka prawego odznaczał się znakomitą przewagą tkanki włóknistéj, przejęty był bliznami modzelowatemi, które jako samodzielna tkanka nowotworo-

wa szerzyły się ku pasze otaczając i spajając w jednę całość pakiet gruczołów pachowych rozrosłych. W narządach wewnętrznych bliznowata tkanka łączna zajmowała śródpiersie przodkowe, otrzewnę i tkankę podotrzewnową w okolicy więzu wątrobowo-dwunastnicowego i głowy trzustki. Nie mogąc na tém miejscu wdawać się w określanie ogólnego znaczenia i przyczyn tego bujania włóknistego, które prowadziło do marskości (*cirhosis*) tkanin łącznotkankowych, nadmienić musimy tylko odnośnie do naszego przypadku, że ani wywiady, ani badanie przedmiotowe nie wykrywały żadnéj zmiany, którąby można odnieść do przebytéj kiły. Degeneracyja włóknista rozpoczęła się najpierw w nowotworze sutka i jego sąsiedztwie, zajęła następnie szyję i śródpiersie przodkowe, nakoniec stąd przeniosła się do jamy brzusznéj, a będąc wytworem przewlekłéj sprawy zapalnéj szerzyła się prawdopodobnie drogą naczyń limfatycznych.

Przypadek III. Bliznowate ściešnienie dolnéj części gardziela i części odźwiernikowéj, żołądka. Następowe zapalenie tkanki łącznéj otaczającéj trzustkę i zapalenie otrzewny zlepne w sąsiedztwie żołądka. Następowe zapalenie otrzewny ostre.

Fanny Bergerówna, 16-letnia izraelitka, pochodząca z rodziny zdrowéj, nie miała w dziecięctwie żadnych przebywać chorób. Obecna choroba ma trwać od 8 lat. O ile dowiedziéć się można od choréj umysłowo bardzo mało rozwiniętéj, zaraz w początku obecnéj choroby doznawać miała bez wiadoméj przyczyny, po każdém jedzeniu, gniecenia w okolicy żołądka, poczém wkrótce wymiotowała. Wymioty te, pojawiające się w krótkim czasie po jedzeniu, nawiedzały chorą najpierw tylko po spożyciu większéj ilości pokarmów, późniéj występowały nawet po spożyciu kilku łyżek czystego rosołu. Wymiociny nie miały nigdy zawierać

krwi, lecz składały się przeważnie z niestrawionych pokarmów. Od tego czasu chora miała podupadać na siłach i chudła. Łaknienie miało być zawsze małe, oddawanie stolca bardzo leniwe, dwa razy lub raz na tydzień. Przed 4 laty przebyła ciężką jakąś chorobę gorączkową (dur?). Chora wstąpiła do kliniki dnia 5 czerwca 1877 r. głównie z przyczyny wymiotów utrzymujących się uporczywie i z powodu upośledzenia odżywienia ogólnego.

Badanie choréj wykazało pokrótce co następuje: Chora wzrostu miernego, wątło zbudowana, bardzo nędznie odżywiona; skóra i błony śluzowe dostępne oku niedokrewne, mięśnie wiotkie, okazują przy dotykaniu lub pukaniu bardzo wyraźne drgania włókienkowe. Klatka piersiowa długa, wąska, płaska. Tor oddechowy prawidłowy. Uderzenie koniuszkowe serca zaledwie dostrzegalne w 4-tem międzyżebrzu. Wypuk ani przysłuch nie wykazują nic nieprawidłowego. Wymiary serca prawidłowe, tony serca słabe i głuche. Tętno 80, małe i miękkie. Ciepłota prawidłowa. Brzuch nieckowato wciągnięty, tylko dołek podsercowy miernie wysklepiony. Okolica żołądka przy głębokim ucisku bolesna. Żołądek rozszerzony dosyć znacznie, mieści w sobie nawet zrana przed spożyciem śniadania sporą ilość płynu. Chwilowego wydymania się okolicy żołądka nie widać, ani nie można wzniecić przez pukanie, wstrząsanie lub dotykanie zimnymi przedmiotami. Wątroba nieco powiększona, śledziona rozmiarów prawidłowych. Język zupełnie czysty i wilgotny. Pomimo wymiotów apetyt dosyć dobry, lubo nieco wybredny i nawet w dniach, w których częściéj wymiotuje, napiera się chora rozmaitych potraw niezwykłych. Połykanie zupełnie swobodne. Wymioty nastają wkrótce, najdaléj w pół godziny, po jedzeniu, niezawiśle od rodzaju i ilości spożytych pokarmów, bez poprzednich nudności. Są dnie, w których chora wymiotuje po każdém jedzeniu, zdarzają się jednakże dnie, w których niektóre potrawy zatrzymują się w żołądku. Rzadko tylko pojawiają się wymioty w kilka godzin po jedzeniu, wymiociny są wtedy obfitsze. Wymiociny składają

się z cieczy śluzowo-wodnistéj, zawierającéj bardzo mało strawione pokarmy; oddziaływają zazwyczaj obojętnie, rzadko tylko słabo kwaśno. Badanie części płciowych wykazało niedostateczny rozwój macicy, nachylonéj ku tyłowi (*retroversio uteri infantilis*), któremu to zboczeniu towarzyszył zupełny brak miesiączki. Mocz winno-żółty, oddziaływania bardzo słabo kwaśnego, c. g. 1033, zawiera urochrom, uroksantyn, mocznik, fosforany potasowe i siarkany w ilości zwiększonéj, zresztą nie zawiera żadnych nieprawidłowych składników. W zakresie umysłowym uderza pewna drażliwość choréj i niezadowolenie ze wszystkiego, niekiedy sprzeczność w opisywaniu swych dolegliwości podmiotowych.

Rozpoznanie choroby było bardzo trudne z powodu niemożności pogodzenia ze sobą wszystkich przypadów żołądkowych a mianowicie wytłómaczenia wymiotów nastających bez nudności, obok języka czystego i przy apetycie dosyć dobrym. Poprzestano więc na rozpoznaniu rozszerzenia żołądka (*gastrectasia*) prawdopodobnie skutkiem zwężenia odźwiernika i na przypuszczeniu niezwykłéj drażliwości błony śluzowéj żołądka, która w drodze odruchu pociąga za sobą wymioty wkrótce po spożyciu pokarmów. Obojętne zazwyczaj a rzadko słabo kwaśne oddziaływanie wymiocin odnoszono do produkcyi większéj ilości śluzu, wywołanéj drażnieniem błony śluzowéj przez zalegającą w żołądku miazgę pokarmową, czemu zdawało się odpowiadać bardzo kwaśne oddziaływanie moczu, które tak często zauważa się w rozszerzeniach żołądkowych, połączonych z ilościowemi lub jakościowemi zmianami w wydzielaniu soku żołądkowego.

Przebieg dalszy był w krótkości następujący: Mimo podawania magist. bismuthi, następnie kwasu solnego (w celu zakwaszenia soku żołądkowego); wstrzykiwań morfinu w okolicę żołądka, połykania kawałków lodu, ograniczenia dyjety do małych ilości szynki, mleka i wina zamrożonego i t. p. stan choréj wcale się nie poprawił, wymioty utrzymywały się, a obraz choroby o tyle tylko się

zmienił, że mocz częściéj oddziaływał alkalicznie. Gdy oprócz tego chora coraz bardziéj traciła na wadze i podupadała na siłach, podawano lewatywy Leubego z mięsa siekanego i trzustki, które wszakże chora w krótkim czasie po wstrzyknięciu oddawała niestrawione ze stolcem. Monotonny ten przebieg choroby urozmaicały od czasu do czasu połowicze bóle głowy i inne przypadłości nerwowe. Z powodu rozpoczynających się feryj szkolnych chora opuściła klinikę dnia 9 sierpnia 1877 r. Do domu polecono jéj przetwór żelezisty.

Z początkiem półrocza zimowego chora zgłosiła się ponownie do kliniki dnia 17 września 1877 r. nadmieniając, że podczas trzechmiesięcznego blisko pobytu w domu wymioty powtarzały się równie uporczywie jak dawniéj.

Badanie wykazało wogóle stan taki sam jak poprzednio, tylko że odżywienie było teraz jeszcze gorsze, osłabienie większe. Żołądek dawniéj rozszerzony, okazywał obecnie rozmiary małe; skurczony zarysowywał się od czasu do czasu wyraźnie przez powłoki brzuszne. Łaknienia chora nie miała wcale, tak że z trudnością można ją było nakłonić do przyjęcia odrobiny pokarmu płynnego, a odpowiednio temu i ilość wymiocin była mniejszą. Połykanie nie było utrudnione. Jako nowy zupełnie przypad stwierdzono w prawém podżebrzu w linii sutkowéj obrzęk, wielkości kurzego jaja, twardy, niebolesny, gładki, dość dokładnie przez bardzo chude powłoki brzuszne palcami obejść się dający i przy wdechu nieruchomy.

Zanim można było z dalszego przebiegu nabyć pewniejszego zdania o przyrodzie powyższego zagadkowego guza, chora dnia 20 października wieczorem zaczęła gorączkowoć (ciepł. 38.4° C., t. 92). Nazajutrz ciepł. ranna 39.6° C., t. 100, wieczorem ciepł. 40.0° C., t. 112. Równocześnie pojawiła się osutka plamista na szyi i klatce piersiowéj, przechodząc na tułów, oraz pojawiły się objawy nieżytu gardła i białkomocz. Rozpoznano s z k a r l a t y n ę.

Dnia 22 października ciepł. ranna 39.8° C., t. 108, wiecz. ciepł. 40.1, t. 114. Brzuch nieco wzdęty, bardzo bolesny, szczególnie w okolicy pępka, wymioty częstsze; tętno drobne. Mocz odprowadzony cewnikiem zawiera małą ilość białka. Dnia 23 paździer. stan ten sam. Majaczenia, bezsenność, osłabienie wielkie, gorączka wysoka; wymioty już się nie pojawiają. Rozpoznano: ostre zapalenie otrzewny. Dnia 24 paździer. osutka bledsza, skóra sinawa, tętno przepuszczające, bardzo słabe. Dnia 25 października wśród wzmagających objawów zapalenia otrzewny chora wieczorem żyć przestała.

Badanie pośmiertne, dokonane w dniu 27 października przez Doc. Dra Browicza wykazało w streszczeniu co następuje: Skóra jasno różowo zabarwiona, nadto liczne rozlane plamy pośmiertne po całém ciele. Kości wątłe. Mięśnie blade, wiotkie, słabo rozwinięte. W kościach czaszki, oponach i mózgowiu nic nieprawidłowego. Oba płuca dość silnie przyczepione do opłucny żebrowéj. Osierdzie cienkie, gładkie. Serce małe, ściany komórek cienkie, mięsień sercowy blady, tłuszczowo połyskujący, kruchy. Komórki odpowiednio wielkości serca małéj pojemności. W jamach komórek skrzepy krwi wiotkie, skąpe. Naczynia wielkie wązkie, błona wewnętrzna gładka połyskująca, cienka. W jamie brzusznéj znaczna ilość cieczy surowiczéj, mętnéj, wśród któréj unosi się dość znaczna ilość płatków i strzępków zielonawo żółtych miękkich, utkania siatkowatego. Otrzewna przekrwiona, ćma, również w licznych miejscach błonami wyżéj opisanemi pokryta. Wątroba powiększona, na rozkroju niedokrewna, miąższ tłuszczowo połyskujący, kruchy. Śledziona mała, miąższ ciemno wiśniowy, zbity. Nérki obie prawidłowe. Trzustka znacznie powiększona, zrośnięta z tylną ścianą żołądka, miąższ jéj twardy, zbity. Ściany całego gardziela znacznie zgrubiałe, szczególnie warstwy mięsne przerosłe, grubość ścian wynosi 5 mm. W dolnéj części gardziela, na granicy między gardzielem a żołądkiem znajduje się miejsce pierście-

niowate 3—5 ctm. szerokie, w którém błona śluzowa nierówna, pomarszczona, przy dotykaniu zbita, na przekroju zaś błona śluzowa spływa się z tkanką podśluzową, około 2 mm. grubą, złożoną ze zbitéj, ścięgnistéj tkanki. Grubość ścian gardziela wynosi w tém miejscu 10 mm. Światło gardziela jest w tém miejscu zwężone; tak że zaledwie mały palec przecisnąć się daje, obwód wynosi tylko 3.8 ctm., podczas gdy powyżéj gardziel mierzy w obwodzie 5 ctm. Podobne miejsce znajduje się na dnie żołądka, bliżéj odźwiernika, z kierunkiem okrężnym, do 4 ctm. długie; wszystkie warstwy w tém miejscu są niepodatne i tak zgrubiałe, że je dokładnie gołém okiem odróżnić można. Na 2 ctm. poniżéj wpustu żołądkowego znajduje się kilka drobnych promienistych blizn, nadto blizna lejkowato wciągnięta, któréj dno zrośnięte jest z grubym pokładem tkanki zbitéj, modzelowatéj, która otacza trzustkę w całości a najbardziéj jéj głowę. zamieniając takową na guz wyraźnie odgraniczony i nad poziom wyniosły. Żołądek bardzo mały, skurczony, przyrośnięty do części sąsiednich, a mianowicie do przodkowéj ściany brzusznéj i lewego płatu wątroby, krótkiemi, zbitemi pasmami włóknistemi; ściany jego zgrubiałe, błona śluzowa mocno pomarszczona, zgrubiała, pokryta obficie śluzem gęstym. Błona śluzowa jelit blada, gładka; kał płynny, żółcią zabarwiony. Macica bardzo małych rozmiarów.

Rozpoznanie anatomiczne: *Cicatrices partis cardiacae ventriculi. Peripancreatitis. Hypertrophia enormis gradus omnium stratorum oesophagi et ventriculi, praecipue telae muscularis. Peritonitis acuta fibrinoso-serosa. Cor parvum. Aorta angusta. Uterus infantilis.*

Gdy zestawimy teraz wszystkie przypady za życia postrzegane z wynikiem badania pośmiertnego, przedstawi nam się następujący obraz chorobowy: Zapalenie tkanki łącznéj około trzustki wraz z przerostem śródmiąższowym tegoż gruczołu uważać należy jako następstwo sprawy chorobowéj pierwotnie w żołądku przebiegającéj. Jakiéj przy-

rody była ta sprawa pierwotna w żołądku — czy kilka blizn około wpustu i odźwiernika żołądkowego uważać należy jako następstwa wrzodów okrągłych żołądka i gardziela, czy też zawdzięczają one może swój początek jakiemu otruciu płynem żrącym: ani dla jednego ani dla drugiego przypuszczenia nie ma ani dostatecznego poparcia anatomo-patologicznego, ani też żadnych wskazówek anamnestycznych. Chora o jakiémkolwiek otruciu nie wspominała, a początek choroby (wymioty niekrwawe, brak bólów po jedzeniu i t. p.) nie odpowiada również wrzodowi okrągłemu żołądka. Można więc tylko przypuszczać z wielkiém zastrzeżeniem, że chora jeszcze w dziecięctwie zażyła przypadkiem jakiejś trucizny żrącéj, że wywołane w ten sposób zapalenie błony śluzowéj żołądka wprawdzie ustąpiło, pozostawiając po sobie tylko blizny, że jednak w głębszych warstwach żołądka i w tkance surowiczéj toczyła się nieprzestannie przewłoczna sprawa zapalna, która prowadziła do modzelowatego przeobrażenia się tkanin i do upośledzenia drożności gardziela a względnie upustu żołądkowego i drożności odźwiernika. To przewłoczne pełzające zapalenie zajmując na tylnéj ścianie żołądka już od początku głębsze aniżeli w innych miejscach warstwy żołądka, przeniosło się ztąd na otrzewnę powlekającą trzustkę, tkankę łączną śródmiąższową trzustki i wywołało rozrost tkanki łącznéj, która z czasem przybrała cechę utkania modzelowatego; w innych zaś miejscach sprawa zapalna na otrzewny zakończyła się wytworzeniem pasm ścięgnistych spajających żołądek z częściami sąsiedniemi.

Pojmując w ten sposób przypadek nasz ze stanowiska anatomicznego można sobie choć w części wytłumaczyć przebieg choroby i objawy kliniczne, które mu towarzyszyły: Zranienie błony śluzowéj żołądka, (czy to przez wrzody przeszywające, czy też przez środek żrący) objawiło się zaraz od początku wymiotami i gnieceniem w dołku podsercowym. Z wytworzeniem się blizn sprawa zapalna na błonie śluzowéj wygasła, trwała jednak bez przerwy w warstwach

głębszych i w otrzewnie powlekającéj żołądek. Zadraźnienie to przewlekłe otrzewny było w dalszym przebiegu choroby najważniejszym momentem wywołującym wymioty. Wśród trwania téj sprawy chorobowéj i w skutek takowéj ruchomość żołądka upośledzały coraz bardziéj zrosty takowego z trzustką i zrosty postronkowate z innymi narządami sąsiednimi; to téż w miarę o ile nowowytworzona tkanka przybierała coraz więcéj cech tkanki bliznowatéj i kurczyła się coraz bardziéj, prawidłowy ruch robaczkowy żołądka był coraz bardziéj upośledzony i tém rychléj nastawać mogły ruchy przeciwrobaczkowe w żołądku i w gardzielu, które jeżeli nie są istotną podstawą wymiotów, to w każdym razie momentem pomocniczym. Ściąganie się blizny w okolicy odźwiernikowéj pociągało za sobą upośledzenie drożności odźwiernika, było więc przyczyną rozstrzeni żołądkowéj w pierwszéj połowie obserwacyi klinicznéj stwierdzonéj, mogło się również przyczyniać do powstawania wymiotów, przynajmniéj wymiotów obfitszych i nastających w kilka godzin po spożyciu pokarmów, a bezsprzecznie było przyczyną najważniejszą przerostu błony mięsnéj w całym żołądku. Jak długo przerost ten przynajmniéj w części wystarczał do zwalczenia przeszkody w wydalaniu do dwunastnicy miazgi pokarmowéj, jaką stawiała kurcząca się blizna w odźwierniku, tak długo chora mogła się jeszcze jako tako odżywiać i tak długo błona śluzowa żołądka znosiła drażnienie zalegającéj w żołądku miazgi pokarmowéj. Z chwilą, gdy zwężenie odźwiernika wzięło przewagę nad przerostem błony mięsnéj żołądka, odżywianie się choréj musiało coraz bardziéj się utrudniać, a na błonie śluzowéj rozwinął się przewłoczny nieżyt, który upośledzał łaknienie i również przyczyniać się mógł do podtrzymywania wymiotów. W okresie końcowym choroby skutkiem mimowolnego głodzenia się, zrzucania i téj odrobiny pokarmów, jakie prawie z przemocą chora spożywała, a wreszcie skutkiem coraz większego ściągania się tkanek bliznowatych naokoło żołądka, zmalały jego wymiary, błona mięsna nasilała się

jeszcze od czasu do czasu wywołując w dołku podsercowym wyraźne wypuklanie się ścian żołądka, wobec skurczenia się żołądka uwidocznił się guz, który odpowiadał zbitéj tkance łącznéj około głowy stwardniałéj trzustki, aż wreszcie — zapewne wśród zmienionych skutkiem płonicy warunków odżywczych — wystąpiło ostre zapalenie otrzewny, które zakończyło tę długotrwałą chorobę. W przypadku naszym przewlekłą sprawę zapalną w otrzewny i w tkance podotrzewnowéj w sąsiedztwie żołądka uważać należy jako przyczynę ostrego zapalenia otrzewny, tém bardziéj, o ile z jednéj strony sekcyja nie wykazała żadnéj innéj przyczyny, a z drugiéj strony doświadczenie kliniczne poucza, że przewlekłe sprawy zapalne nawet do małéj przestrzeni otrzewny ograniczone mogą wśród warunków czasem zupełnie nieznanych podniecić sprawę ostrą na całéj otrzewny.

Że w całym przebiegu choroby mimo upośledzenia drożności wpustu żołądkowego nie było żadnych objawów upośledzonego przełykania, tłumaczyć sobie możne tylko przerostem błony mięsnéj gardziela.

Wątła budowa kośćca, małość serca, wązkość tętnic i niedostateczny rozwój części płciowych, któremu towarzyszył brak miesiączki, były podstawą anatomiczną wybitnéj i za życia rozpoznanéj blednicy ustrojowéj.

Przerost bliznowaty naokoło trzustki, osobliwie mniejszego stopnia, nie należy wprawdzie do wielkich rzadkości, gdyż wrzody okrągłe żołądka dosyć często takowy za sobą pociągają, jednakowoż pod względem rozpoznawczym zboczenie to jest tém większéj wagi, o ile bardzo często prowadzi do omyłek rozpoznawanych. Można zresztą tém łatwiéj pojąć i usprawiedliwić taką pomyłkę, jeżeli się uwzględni, że głowa prawidłowéj trzustki była nieraz uważaną jako nowotwór rakowy. (Porównaj przypadek Leubego w podręczniku Ziemsena VII, I. 137).